

## Pomoč uporabnikom drog v evropskih zaporih – rezultati pregledne študije

*“Zaporniki so del naše skupnosti, prihajajo iz skupnosti in se vračajo vanjo. Zaslužijo si informacije, zaščito in skrb v enaki meri, kot jih je deležen kdorkoli zunaj zapora. Na prenosljive bolezni v zaporih je treba gledati kot na problem javnega zdravstva in ne kot na pojav, omejen le na ta del populacije.” (Cees Goos, WHO)*

### UVOD

Čas, ki ga nekdo prebije v zaporu, neposredno vpliva na širšo skupnost: v tem času ni mogoče urejati stanovanjskega vprašanja, vzdrževalci družin so ločeni od družin, otroci so vzgajani v odsotnosti enega od staršev; matere so ločene od otrok, zapornik ne more izkoristiti priložnosti, da bi našel zaposlitev. Bivanje v zaporu pogosto uničujoče vpliva tako na posameznike kot na skupnost. Za zasvojenost z drogami pa je življenje v zaporniškem okolju še težje kot sicer: svojo bolezen morajo prenašati v omejenih razmerah in z omejenimi sredstvi: diferenciran sistem različnih oblik pomoči uporabnikom drog se v zaporniškem okolju še ne izvaja. Široki razpon pomagajočih organizacij, ki so ga razvili v večini evropskih držav, je zvečine omejen na oddelke brez drog. To ni naključje, kajti cilj življenja brez drog je enak cilju bivanja v zaporu – ta pa je bodoče življenje brez kaznivih dejanj. Nakup nedovoljenih drog je v vseh državah Evropske unije samo po sebi kaznivo dejanje. Zaradi teh enakih ciljev je v zaporniško okolje težko prenesti drugačne oblike politik do drog; te so bodisi substitucijski programi bodisi priznanje, da droge v zaporih so, in posledično razvijanje ukrepov za zmanjševanje škode.

Kljub tem omejitvam pa se je treba sklicevati na osnovne naloge, ki jih morajo vodstva zaporov izpolnjevati v odnosu do vsakega zapornika:

- celotno osebje zapora (na vseh ravneh) mora z zaporniki ravnati spoštljivo;
- zapornike je treba spodbujati k spremembam;

- zaporniki naj vzpostavljajo stike z družinami, partnerji in svojci;
- zaporniki se morajo v zaporu počutiti varne.

V pričujočem besedilu želim predstaviti nekaj ključnih izsledkov pregledne študije “Pomoč uporabnikom drog v evropskih zaporih”, ki sem jo izvedel v imenu Evropskega monitoring centra za droge in zasvojenosti z drogami (EMCDDA – European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction) v letih 1999/2000.

## **UPORABNIKI DROG V ZAPORIH**

Kljub heterogenim definicijam so uporabniki drog glede varnosti v zaporu in zdravstvenega tveganja zapornikov precejšen problem. Čeprav so skoraj vse države Evropske unije razvile pristope alternativnega kaznovanja in čeravno poudarjajo pomen potrebe po zdravljenju, pa je oseb, ki končajo v zaporu, še vedno veliko. Takšno stanje je po eni strani odraz stopnjevanja kaznovalne politike, po drugi pa dejstva, da so uporabniki drog pogosto izključeni iz alternativnih oblik kaznovanja (kot na primer elektronski nadzor, obvezno delo v korist skupnosti) ali odprtih zaporov. Posledica tega je naraščajoče število uporabnikov drog v zaporih. Za to skupino prebivalstva so značilni velika socialna prikrajšanost, pogosto večkratno bivanje v zaporu, več poskusov zdravljenja, pogosto recidiviranje z resnimi okvarami zdravja (vključno z neozdravljivimi nalezljivimi boleznimi). Uporabniki drog veljajo za največjo homogeno skupino zaporniške populacije. Na splošno ta skupina služi razmeroma kratke kazni, kar otežuje načrtovanje obravnavanja.

## **ZDRAVSTVENO TVEGANJE**

- Uporaba drog  
Čeprav oznaka ‘uporabnik drog’ v vseh poročilih o uporabi drog v Evropski uniji ni jasno opredeljena, lahko domnevamo, da 15 do 50 odstotkov od 350.000 zapornikov v Evropi uporablja ali je v preteklosti uporabljal droge. Če upoštevamo visoko stopnjo povratništva (turnover rate), gre vsako leto skozi sistem 180.000 do 600.000 uporabnikov drog. Zdi se, da je kanabis najbolj razširjena droga, sledijo mu heroin in drugi opiat, benzodiazepini in kombinirana uporaba drog; kot je videti, stimulant, igrajo manj pomembno vlogo. Skoraj tretjina zapornikov v nekaterih državah pa je pred vstopom zlorabljala alkohol.
- Tvegano vedenje  
Številni zaporniki poročajo o tvegane vedenju pri vbrizgavanju drog (izmenjava drog in pribora za vbrizgavanje in tvegana spolnost). Vbrizgavanje

drog v zaporniškem okolju zvečine pomeni izmenjavo igel, pribora za vbrizgavanje in včasih droge. Običajna so tudi poročila o nezaščitениh spolnih stikih in tveganih tehnikah tetoviranja. Anonimno in prostovoljno identifikacijo tveganege vedenja, izobraževanje o virusih HIV ter hepatitisa B in C in ustrezno zaščito, vključno z dostopom do različnih preventivnih pripomočkov, je treba ponuditi zapornikom, ki si droge vbrizgavajo, kot tudi drugim, skladno s preprečevalno politiko v skupnosti in politiko, ki jo priporočajo različne nacionalne in mednarodne organizacije.

– Nalezljive bolezni

Okužba z virusom HIV v zaporu še naprej pomeni težavo, zlasti v državah južne Evrope. Razen tega sta hepatitis B in C med vsemi nalezljivimi boleznimi osrednji problem v vseh evropskih zaporih. Stopnji seroprevalence tako virusa HIV kot hepatitisa B in C sta v zaporih kar nekajkrat višji kot pri preostalem prebivalstvu. V številnih zaporih so tak razvoj dogajanja podcenjevali in niso poskušali vplivati nanj s specifičnimi preventivnimi aktivnostmi in programi cepljenja (hepatitis B). Čeprav je izmenjava igel najpogostejša pot okužbe z virusi HIV, HBV in HCV, pa so se tudi spremljajoča tveganja pri izmenjavi pribora, drog, filtrov, vode, žličk, vate itd. ali celo pri stikih v gospodinjstvu izkazali kot dodatne možnosti okužbe z virusom HIV.

Razprava o okužbi z virusi HIV/HBV/HCV in preprečevanje sta še občutljivejša kot pri splošni populaciji, ker po eni strani kaže na to, da uporaba drog z vbrizgavanjem v zaporih obstaja, po drugi strani pa na to, da je v zaporniškem okolju težko prepoznavati nalezljive bolezni, ne da bi uporabnike drog, z vsemi negativnimi posledicami, prepoznali kot take. Razprava o razširjenosti nalezljivih bolezni med zaporniki je potrebna ne le zaradi posledic, ki jih ima ta za javno zdravje, temveč tudi zaradi politične podpore ljudem, ki živijo v revščini, na prenaseljenih območjih in v slabih socialnih razmerah.

– Smrtni primeri zaradi uporabe drog

Življenjske razmere v zaporih ne vplivajo le na tvegano vedenje uporabnikov drog v zaporih, temveč tudi na stopnjo umrljivosti zaradi uporabe drog v zaporu in zunaj njega. Bivanje v zaporu uporabnike drog varuje pred okužbami, ker so v tem okolju droge včasih težko dosegljive in so uporabniki prisiljeni živeti brez njih. Vendar pa pomanjkanje drog v zaporu uživalce sili k manjši previdnosti pri uporabi, kar povečuje tveganja, povezana z uporabo drog. Zaporniki, ki med prestajanjem kazni niso jemali drog, se pogosto le s težavo prilagodijo novemu položaju po izpustitvi; povrnejo se k starim navadam in uporabljajo toliko drog in takšne kot pred prestajanjem. Včasih se stiki s prejšnjimi

preprodajalci med prestajanjem prekinejo in čistost drog novega preprodajalca ni znana. Obdobje prehoda od življenja v zaporu k razmeram zunaj njega je izjemno občutljivo.

V zaporih je opaziti velikansko pomanjkanje ponudbe preprečevalnih ukrepov (vključno s treningom 'varne uporabe' in pripravo na morebitno recidiviranje po izpustu). Praviloma ni ponujeno niti "svetovanje o tveganjih" v prvih dneh po izpustitvi.

V interesu vseh je, da se več truda posveti obdobju po izpustitvi. Vendar je nestvarno pričakovati, da bi skupnostne službe sprejele ta izziv, če niso vzpostavile stika z zapornikom med bivanjem v zaporu. Različne zdravstvene organizacije je treba spodbujati k sodelovanju z vodstvi zaporov pri izdelavi standardov za zdravstveno pomoč.

## **DEFINICIJE**

Oblikovanje enotne metodologije, ki bi omogočala redno zbiranje zanesljivih informacij o uporabi drog v zaporih, bi najprej vključevalo soglasje o oznaki 'uporabnik drog' ali celo 'droga'. Čeprav strokovnjaki v številnih zaporih trdijo, da imajo resne težave z drogami in uporabniki drog v zaporu, pa so razlike med definicijami velike. Izrazoslovje, ki ga uporabljajo posamezne uprave zaporov vsepovsod po Evropi, je zelo heterogeno prav zaradi različnih izhodiščnih definicij in pogledov na problematično uporabo drog in časa ocene. Pri oceni deleža zapornikov, ki uporablja droge, v veliki meri podcenjujemo obseg problema drog pri zaporniški populaciji, če upoštevamo le tiste obsodbe in zaporne kazni, ki so povezane z drogami.

## **DOKUMENTACIJA IN PODATKI O ZNANSTVENIH RAZISKAVAH**

Razširjeni so delni parcialni pogledi na uporabo drog in zdravstveno problematiko na začetku prestajanja kazni, medtem ko so longitudinalne analize vzorcev uporabe drog in karier uporabnikov v zaporu – kot tudi analize zdravstvenega stanja – zelo skromne. Za vsestransko razumevanje dinamike, pomena in velikega vpliva uporabe drog in tveganja v zaporu so potrebne tudi kvalitativne študije. Van Alem et al. (1999) dokazujejo, da je razlog za majhno število zbranih podatkov izrazito decentralizirani način, kako v priporih in zaporih zbirajo in analizirajo lastne podatke. Na evropski ravni je v tem pogledu le nekaj izjem (npr. Švedska). Pomanjkanje zbranih podatkov otežuje spremljanje pglavitnih sprememb, popisovanje razvoja dogodkov in primerjavo rezultatov intervencij. Tako na

primer zdravniški pregledi po prestani kazni zaradi različnih težav praktične narave niso redni, zato pogosto ni pregleda nad morebitnim poslabšanjem zdravja zapornikov. Van Alem et. al. (1999 : 14) predlagajo povezavo kazenskega sistema, obravnave zapornikov in podatke o njihovem zdravju s širšimi informacijskimi sistemi, ki jih ima vsaka evropska država bodisi na regionalni bodisi na nacionalni ravni. Vsaka država ima informacijski sistem, ki dovoljuje vsaj prepoznavanje trendov in dokumentiranje potreb po zdravljenju. Predlagajo razširitev nacionalnih baz podatkov v okviru obstoječega nacionalnega informacijskega sistema, kot tudi v okviru evropskega konteksta, kjer deluje EMCDDA.

### **ORGANIZACIJA IN PRAKSA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN POMOČ UPORABNIKOM DROG V ZAPORIH**

Z izjemo treh je v vseh evropskih državah za zdravstveno varstvo odgovorno ministrstvo za pravosodje. Uprave zaporov in lokalni zdravstveni domovi si prizadevajo zagotoviti čim boljše zdravstveno varstvo v okviru zaporov ali zunaj njih. Številnim zapornikom, ki uporabljajo drogo, so zdravniška oskrba, svetovanje, zdravljenje in druge intervencije v zaporu v znatno korist. Vendar se strukturni problemi še vedno odražajo zlasti v odnosu zdravnik – pacient/zapornik, in sicer glede tesnega in zaupljivega sodelovanja med njima. Zdravnika si ni mogoče poljubno izbrati, kot je to mogoče zunaj zaporov, in zaporniki pogosto ne zaupajo v zdravniško molčečnost ter sumijo, da zdravnik tesno sodeluje z upravo zaporov. Te težave je mogoče odpraviti s pomočjo razširjenega sodelovanja s skupnostnimi službami, izmenjavo informacij in izkušenj in tesnim sodelovanjem pri svetovanju in prizadevanjih v smeri zdravljenja. Vsa Evropa je videti soglasna glede tega, da je treba vzpostaviti tesno sodelovanje med službami za medicinsko obravnavo v primeru uporabe drog v zaporih in ustreznimi skupnostnimi službami, da bi tako olajšali dialog z osebami, ki so v zaporu v obravnavi zaradi odvisnosti od drog, in jim omogočili neprekinjeno oskrbo. Tak pristop lahko poimenujemo ‘holističen’. Nekatere druge strategije na področju drog ugotavljajo, da bi bilo primerno ustanoviti posebne povezovalne skupine z ustreznimi skupnostnimi službami. Zdravstvena oskrba v zaporu (zdravljenje, svetovanje, intervencije vseh vrst) pogosto ostaja nepregledna in ocena rezultatov je skromna. Nujno se zdi zagotoviti kakovost poklicnega dela, dokumentacijo in evalvacijo, nepretrgano usposabljanje, izmenjavo informacij in izkušenj. Tako bi bil zagotovljen stalen stik s potrebami po zdravljenju in standardi zdravljenja.

Bistveno je, da standardi oskrbe zapornikov odražajo raven, ki smo je sicer deležni zunaj zaporov. Zato je treba zaporne zdravstvene službe spodbujati k sodelovanju in oblikovanju novih programov v tesni povezanosti z zdravstvenim varstvom v širši skupnosti. Nekateri kritiki grede celo veliko dlje in zahtevajo

spremembo v zdravstvenem varstvu v zaporih, in sicer preložitve odgovornosti z ministrstva za pravosodje na ministrstvo za zdravstvo, da bi se tako učinkoviteje spoprijeli s problemom drog v zaporih.

Izkazalo se je, da v nekaterih državah dosegajo dobre rezultate s t.i. timskim ukrepanjem ali strateškim načrtovanjem (*steering groups* ali *strategy units*), katerega naloga in cilj je spremljanje razvoja dogajanja in izboljšanje zdravstvenega varstva zapornikov, zlasti uporabnikov drog med njimi.

### **NAČELO ENAKOSTI**

Načelo enakosti pomeni, da morajo ukrepi zdravstvenega varstva (medicinski in psihosocialni), ki so se izkazali za uspešne in jih izvajajo zunaj zapora, veljati tudi za zapore. Kar se tiče podpore za zapornike – uporabnike drog, se je to izkazalo kot zgolj pobožna želja. V večini držav niso izpolnjeni potrebni osnovni pogoji (npr. nepretrgano zdravljenje, ustrezna preventivna sredstva). Ne glede na to mora biti načelo enakosti vodilno merilo pri presoji programov na področju drog in podpora le-tem v kontekstu nacionalne strukture programov in politik do drog, ki jih izvajajo v vseh državah članicah Evropske unije. Zlasti diferenciacija programov na področju drog (vključno z zdravljenjem, metadonskim vzdrževanjem in zmanjševanjem škode) zunaj zapora se ne odraža dovolj tudi v zaporu. 'Zdravstvo v zaporih' mora biti vključeno v širši okvir 'javnega zdravstva'.

### **ORGANIZACIJA POMOČI UPORABNIKOM DROG**

Če se v posameznem primeru že ni bilo mogoče izogniti zaporni kazni, je treba vsaj od prvega dne prestajanja kazni izvajati zdravljenje in različne preprečevalne ukrepe. To pa vključuje vsestransko zdravstveno obravnavo kot tudi možnost stika z zdravstvenim in s socialnim delavcem tako znotraj zapora kot iz skupnostnih služb, da bi tako lahko opredelili posameznikove psihosocialne perspektive. Ta dvojna intervencija notranjih in zunanjih organizacij se je izkazala kot uspešna strategija za premagovanje zdravstvenih težav uporabnikov drog v zaporu in po izpustitvi. Izvajajo jo v čedalje večji meri. Širjenje substitucijskega zdravljenja zunaj zapora je porodilo potrebo po notranji reakciji na to obliko zdravljenja.

### **ZDRAVSTVENO VARSTVO**

Skromno zdravstveno izobraževanje in pomanjkanje informacij o različnih možnostih zdravljenja in preprečevanja širjenja okužb z virusi v zaporu (t. j. cepljenje proti hepatitisu B, substitucijsko zdravljenje, zdravljenje obolelih za hepatitisom

C) trenutno zmanjšujeta potencialni vpliv bivanja v zaporu glede dostopnosti in sprejemljivosti zdravstvenih služb. Zdravstvene službe v zaporih bi lahko pri stabiliziranju uporabnikov drog igrale veliko pomembnejšo vlogo. Prostovoljno testiranje zapornikov (HIV in hepatitis) je priložnost za oceno morebitnih tveganj okužbe. Čeprav se lahko dialog z zapornikom začne s specifičnim svetovanjem, pa zaporniki preverjanje infektološkega parametra pogosto doživljajo kot nadzorni ukrep.

Glede zdravljenja (ne le virusa HIV) je treba v zaporih več truda vložiti v to, da zapornikom zagotovimo ustrezno skrb in podporo, ki ustrežata razmeram v skupnosti. To pa pomeni:

- da zapornikom z bolečinami zagotovimo dostop do narkotikov, ki jih za olajšanje bolečin rutinsko dajejo pacientom zunaj zapora;
- da zapornikom zagotovimo prav tak dostop do novih zdravil in nekonvencionalnih (komplementarnih in alternativnih) terapij;
- da zapornikom zagotovimo dostop do informacij o mogočih načinih zdravljenja in enako pravico do zavrnitve zdravljenja, kot velja v skupnosti;
- oceno služb zdravstvenega varstva v vseh zaporih, in sicer v posvetovanju z zunanjimi strokovnjaki, s čimer naj bi zagotovili razpoložljivost, dostopnost in učinkovitost strokovnega znanja, ki je potrebno za nego, podporo in zdravljenje zapornikov, okuženih z virusom HIV;
- dolgoročneje gledano se mora zdravstveni sistem v zaporih razvijati iz reaktivnega sistema v proaktivni sistem s poudarkom na zgodnjem odkrivanju, krepitvi zdravlja in preprečevanju (gl. Canadian HIV/AIDS Legal Network).

### **ABSTINENČNO ZDRAVLJENJE**

Organizacije na področju drog, namenjene uporabnikom drog, so zvečine usmerjene v abstiniranje. Potreben je temeljit razmislek o koristnosti abstinenčnih programov glede na to, kakšen je za številne uporabnike drog realističen in dosegljiv cilj. Razen tega je na voljo le malo raziskav (vključno z obdobjem po izpustitvi) o učinkovitosti takega pristopa in morebitnih nasprotnih učinkih.

Abstinenčni programi so prevladujoč pristop pri uporabnikih drog v zaporih. Obstajajo različni modeli oddelkov/kril brez drog bodisi v navadnem zaporu bodisi v posebnih ustanovah. Zdi se, da je koncept enot brez drog (drug-free units – DFUs), ustanovljenih v več evropskih zaporih (npr. v Avstriji, na Portugalskem, Škotskem, Nizozemskem), dobro sprejelo zdravstveno osebje, osebje zapora in uprava. Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da je zaščita pred drogami v teh enotah ustrezna in da enote razmeroma učinkovito uresničujejo kontinuiteto zdravstvene oskrbe.

Študije v ZDA so pokazale, da terapevtske skupine v zaporih niso učinkovite same zase: preprečevalni učinek so imele tiste obravnave, za katere je bila organizirana tudi dodatna prilagojena 'follow-up' obravnava po izpustitvi. (Skupina, ki je bila najbolj obremenjena z aktivnostmi, je bila najuspešnejša; Turnbull 2000.) To pomeni, da je obravnava po odpustu iz zapora ključnega pomena, če naj bi terapevtska prizadevanja učinkovala na recidiviranje tako glede odvisnosti kot glede kaznivih dejanj.

### **SUBSTITUCIJSKO ZDRAVLJENJE**

Substitucijsko zdravljenje vključuje tri oblike: detoksikacijo, vzdrževanje in zdravljenje, ki se začne v zaporu kot ustrezna oblika zdravniške oskrbe in preprečevanja recidiviranja. Substitucijska zdravljenja dajejo priložnost za redne pogovore z zaporniki o temah, povezanih z zdravjem in drogami, hkrati pa so preverjen ukrep za zmanjševanje uporabe drog z vbrizgavanjem.

Zaporniki – uporabniki drog, ki so bili pred sprejemom v zapor deležni zdravljenja v skupnosti, v zaporu pogosto ne morejo nadaljevati zdravljenja, in to celo v državah z razvitim nadomestnim programom zunaj zaporov. Predpisovanje substitucijske terapije je pogosto le kratkotrajen program razstrupljanja takoj po začetku prestajanja zaporne kazni. Zato se z nastopom zaporne kazni neprekinjenost substitucijskega zdravljenja najverjetneje konča. V zdravniški oskrbi še zmeraj prevladuje usmerjenost k abstiniranju. Substitucija pogosto velja le kot podaljšanje zasvojenosti, medtem ko je bivanje v zaporu domnevno koristno za ohranjanje ali začetek življenja brez drog. Merila za predpisovanje substitutov so po mnenju mnogih nepregledna in odvisna od arbitrarnih odločitev posameznikov. Potrebne so nacionalne smernice (kot so 'standardi zdravstvenega varstva' na Škotskem), vendar smernice same na sebi ne zadoščajo, kajti prilagajati jih je treba vsakokratnim konkretnim razmeram.

Metadonsko vzdrževanje je medicinsko indicirana oblika zdravljenja, ki mora biti na voljo osebam, odvisnim od opiatov, tako v zaporu kot na prostosti. Poleg tega morajo biti od opiatov odvisnim zapornikom na voljo tudi druge oblike zdravljenja vključno s programi metadonske detoksikacije, ki jih je treba rutinsko ponuditi vsem od opiatov odvisnim zapornikom na začetku prestajanja kazni.

### **PRENOS UKREPOV ZMANJŠEVANJA ŠKODE V ZAPORE**

Glede na nekatere evropske studije približno polovica uporabnikov drog ob vstopu v zapor ne preneha z uporabo drog za vbrizgavanje, zvečine opiatov. Čeprav se zdi, da je uporabe drog manj, pa osnovno zdravstveno tveganje ostaja. Zaporniki

v zaporu doživijo 'higienski recidiv', saj so imeli v skupnosti reden in neomejen dostop do programov izmenjave igel. Praviloma tovrstni programi v zaporniškem okolju niso razpoložljivi in pojavi se tveganje, povezano z uporabo drog. Skladno s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije na temo 'HIV in AIDS v zaporih' (1993) je treba preveriti možnosti razvoja programov zmanjševanja škode v zaporih, če so ti tudi sicer na voljo v širši skupnosti.

Močni dokazi, ki temeljijo na epidemioloških in socioloških študijah o razširjenosti nalezljivih bolezni in dinamiki vzorcev uporabe drog (za vbrižgavanje), govorijo v prid uvajanju zmanjševanja škode v zapore. Sedanje službe pomoči na področju uporabe drog v zaporih so preveč osredotočene na ukrepe, usmerjene v abstinenco. Potrebna je dvojna strategija zdravljenja (abstinenca) in pomoči (harm reduction). Trenutno so ukrepi za zmanjševanje škode v zaporih vsepovsod po Evropi le skromno razviti. Programe izmenjave igel je uvedlo le 19 zaporov v Nemčiji, Španiji in Švici. Tudi uporabo različnih razkužil kot ukrep uporabljajo le v redkih državah in zelo malo je znanega o uporabi razkužil. Celo kondomi niso na voljo v vseh zaporih in poudariti velja, da je treba zagotoviti stalno dostopnost kondomov. Tudi razkužilo mora biti na diskreten način lahko dostopno zapornikom v vseh zaporih.

Na splošno lahko na ukrepe za zmanjševanje škode gledamo kot na priložnost za zdravljenje. Nizkopražne intervencije, kot sta preskrba s sterilnimi brizgami in iglami ter ponudba kondomov in razkužila, nam dajejo priložnost za neprekinjeno svetovanje in intervencijo pri tistih zapornikih, ki jih delovanje zdravstvenega osebja zapora ni zajelo, ker so bili kot uporabniki drog neznani. Zdi se, da je ta skupina posebej dovzetna za okvare zdravja po izpustu, saj se ni razvil terapevtski odnos z njimi. Bollinijeva (1997 : 12) je na podlagi svoje študije, ki je zajela štiri države, predlagala izvedbo "demonstracijskih" projektov, temelječih na smernicah Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1993 pod supervizijo in s sodelovanjem UNAIDS in WHO. "Navzočnost mednarodnih organizacij bi programu dala simbolično in znanstveno avtoriteto in bi zagotovila učinkovito širjenje rezultatov programa. Nikakor ni nujno, da so projekti zmanjševanja škode v državah udeleženkah isti, morajo pa ustrezati trenutnim potrebam vsake države partnerke. Vsak projekt mora uresničiti in ustrezno ovrednotiti smernice WHO."

## **ZNANJE**

Številne študije razkrivajo – tako pri zapornikih kot pri osebju – skromno poznavanje učinkov tvegane uporabe drog in tvegane spolnosti ter prenašanja okužb s HIV in hepatitisom. Bivanje v zaporu bi morali zaporniki izkoristiti za izobraževanje in informiranje. Vendar ne zadošča zgolj razdeljevanje letakov in

drugega gradiva o tveganjih za zdravje ter o tem, kje in kako dobiti zdravniško in socialno pomoč. Izobraževanje vključuje tudi dobro strukturirana prizadevanja za izboljšanje znanja o pomembnih temah z uporabo različnih sredstev (avdio-vizualni pristop) in strategij (kampanje, notranje/zunanje sodelovanje).

### **OKOLJU PRILAGOJENI PRISTOP 'ZDRAVJE V ZAPORIH'**

Eden od poskusov zdravstvenih delavcev v splošnem zdravstvu, da bi se spoprijeli z izzivi zaporov, je potekal v okviru širšega gibanja za zdrava okolja, ki je sprožilo tudi bolj znane pobude, kot npr. 'Zdrava mesta'. Na 'totalno institucijo' (Goffman), kot je zapor, je treba gledati kot na sistem vključno z ljudmi, ki tam živijo in delajo. Zato se koncept 'zdravih zaporov' osredotoča na promocijo zdravja v zaporih – tako za zapornike kot za osebje. To vključuje tudi prizadevanja, da bi zapori postali varnejše okolje za zapornike kot tudi za širšo skupnost. Idealno bi bilo, ko bi 'zdravi zapor' služil splošni skupnosti tako, da bi z intervencijami za izboljšanje zdravja poskušal zajeti podskupino skupnosti z visokim tveganjem (t. j. uporabnike drog). Kar se da zmanjšal naj bi zdravstveni primanjkljaj in izboljšal zdravje. Promocija zdravja prepoznava socialne vplive in vplive okolja na zdravje, oziroma, posamezno okolje določa zdravstveno vedenje različnih populacij. Spremembe zdravja so pogojene s spremembami v okolju. Spremembe v zaporu zahtevajo spremenjeno politiko, ta pa je mogoča le s podporo skupnosti in s politično zavezanostjo.

Glede na to, da se večina zapornikov vrne v skupnost v razmeroma kratkem času, se nevarnosti zaporniškega okolja prav lahko odražajo v širši skupnosti. Potrebe po delovanju ni moč prezreti.

K promociji zdravstvene oskrbe za uporabnike drog sodi tudi nadrobnejša proučitev obstoječih pogojev v zaporih, da bi razpoznali tiste dejavnike, ki so za zapornike ogrožujoči oziroma jih silijo k še večjemu tveganju. Te dejavnike je nato treba izključiti.

### **URAVNOTEŽENJE POLOŽAJA UPORABNIKOV DROG**

Promocija zdravja mora biti zasnovana tako, da bo izboljšala življenjske razmere v zaporu nasploh, kajti številni zaporniki so obupani in ne verjamejo v to, da bi lahko trajno izboljšali svoj položaj. To je morda eden izmed razlogov, da si zaporniki ne obotavljajo tvegati in se ne zmenijo za posledice. Področja, ki jih je treba proučiti, so naslednja:

- nastanitev (celica, blok, pisarna, delovno mesto);
- primernost hrane;

- higiena in čistoča;
- avtonomija (kompetence);
- arhitekturni in okoljski vidiki (zgradba, ogrevanje, sanitarna ureditev, razsvetljava, zračenje itd.);
- prosti čas, ponudba dejavnosti ob koncu tedna, ponudba dejavnosti;
- telesna vadba, šport;
- urejanje obiskov in izhodov;
- dostopnost terapevtskega obravnavanja;
- zdravstvena oskrba na splošno.

Vendar ne zadošča le sprememba vedenja pri posamezniku. Namesto tega je potrebna 'strukturna prevencija', t. j. treba je raziskati dejanske življenjske razmere zapornikov in potrebo po vedenjskih spremembah. Če upoštevamo zgolj možnosti posameznika, da spremeni svoje vedenje, s tem okrivimo le zapornike, ki se vedejo "tvegano" in "brezupno".

### **DIFERENCIACIJA ZNOTRAJ ZAPOROV**

Zaradi različnih zahtev (nekdanjih) z drogami zasvojenih zapornikov morajo biti na voljo različne oblike nastanitve. Tisti zaporniki, ki nameravajo abstinitirati in se njihova abstinenca izkaže s testiranjem, morajo imeti možnost, da živijo v "območjih z nizko dostopnostjo drog", prav tako kot zaporniki, ki se nameravajo vključiti v terapijo zunaj zaporov s ciljem življenja brez drog, ali tisti, ki se pripravljajo na bivanje v odprtem oddelku.

Zapornikom, ki ne kažejo večje pripravljenosti, da bi spremenili svoje vedenje, je treba ponuditi informacije o "načinih varne uporabe" kot tudi o osnovni samopomoči (kako skrbeti za igle itd.), da bi se lahko izognili nepotrebnim in morda celo nepopravljivim škodam, ter jih spodbujati k uporabi čistega pribora. Na splošno je problem prenatrpanosti tisto dejstvo, ki v številnih zaporih onemogoča diferenciacijo.

### **VZPOSTAVLJANJE MREŽE MED ORGANIZACIJAMI POMOČI V ZAPORU IN ZUNAJ NJEGA IN PRILAGAJANJE STANDARDOM, KI VELJAJO ZUNAJ ZAPOROV**

Zahteve zdravstvenega in pravosodnega sistema je treba uravnotežiti. S tem je povezana tudi potreba po uravnoteženju različnih profesionalnih kultur; socialni delavec in psiholog nasproti pazniku in administrativnemu osebju. To je eden temeljnih pogojev za spremembo zdravstvenega varstva zapornikov. Pomoč uporabnikom znotraj zaporov mora biti usklajena s službami pomoči, ki so na voljo zunaj zaporov. Posebni status svetovalnih služb za zidovi zaporov je mogoče odpraviti

le tako, da so vse službe, ki so na voljo uporabnikom drog zunaj zaporov, dostopne tudi uporabnikom v zaporih. Ustvariti je treba most med zaporom in skupnostjo. Zlasti zunanji strokovnjaki morajo zagotavljati svetovanje in oskrbo znotraj zapora. To pa je mogoče doseči le s pripravljenostjo vseh soudeleženi za sodelovanje.

Politike razmejevanja pa ne izvajajo le direktorji zaporov, temveč tudi svetovalne organizacije zunaj zaporov, ki se ne zmenijo za uporabo drog med zaporniki zlasti zato, ker imajo negativne izkušnje z režimom nadzora in varovanja v zaporih. Od tod tudi težavnost izenačevanja notranjih in zunanjih svetovalnih služb. V ozračju nezaupanja in nenaklonjenosti posredovanju informacij ni mogoče vzpostaviti vezi sodelovanja, kar je nujno in bi prineslo koristi obema stranema. Vendar je treba upoštevati, da sodelovanje med zunanjimi strokovnjaki in usposobljenim osebjem v zaporih zahteva kompatibilne delovne strategije. Kljub različnim pogojem znotraj in zunaj zaporov je treba razviti koncepte, ki jih je moč uresničiti na obeh območjih.

Vzpostavljane mreže med različnimi organizacijami znotraj in zunaj zapora je še posebej pomembno v primeru od drog odvisnih zapornic. Glede na to, da je povprečna dolžina zaporne kazni za ženske od tri do devet mesecev (zaradi kratke zaporne kazni ni posebnega programa obravnave v zaporu), je cilj delovanja že od začetka služenja kazni ta, da zapornice pripravimo na obdobje po izpustitvi. To pa najučinkoviteje dosežemo le s sodelovanjem vseh svetovalnih organizacij zunaj in znotraj zapora. Kar se tiče zdravstvenega statusa zapornic, bi se lahko na primer metadonsko zdravljenje, ki se je začelo med prestajanjem kazni, brez prekinitve nadaljevalo po izpustitvi. Zapornice bi lahko pripravljali na terapevtsko obravnavo po izpustitvi; mogoči bi bili ginekološka in stomatološka obravnava ter zdravljenje bolezni, ki so posledica uporabe drog, kot tudi informiranje o npr. zdravem prehranjevanju in ponudbi priložnosti dejavnosti.

Kar se tiče socialnih vidikov, bi sodelujoče svetovalne organizacije znotraj in zunaj zaporov lahko (nekdanjim) zapornicam pomagale pri težavah, povezanih z izgubo stikov z družino (z otroki, s partnerji, s primarno družino) in pri preprečevanju izoliranosti.

Čedalje večji obseg težav v tej skupini (z drogami zasvojene zapornice) ima korenine v njihovem socialnem položaju pred sprejemom v zapor: revščina, povezana z brezdomstvom, pogosto tudi pomanjkanje finančne varnosti. S povečevanjem števila obiskov doma oziroma z odloženo zaporno kaznijo (varnostni vidiki tu niso resnična ovira) bi lahko zapornicam pomagali ustvariti boljše možnosti, da najdejo zaposlitev.

Končno je treba omeniti, da v nekaterih ženskih zaporih vzorno izvajajo predčasne izpustitve (zvečine kot posledico sodelovanja v metadonski terapiji) po dveh tretjinah ali polovici odslužene kazni.

## **ODPIRANJE ZAPOROV ZUNANJIM SVETOVALNIM ORGANIZACIJAM**

Zasvojenec z drogo mora spoznati, da je to, kar mora storiti, zares uresničljivo in da se mu bodo tako odprle nove možnosti. Usmerjanje proti zunanjemu svetu je močna motivacija za zapornike.

Zasvojeni z drogami v zaporu so bili doslej tista skupina zapornikov, ki so ji le redko odobrili obiske doma in druge ugodnosti, bivanje na odprtem oddelku ali skrajšanje kazni. Največja ovira so bili in so še vedno izidi urinskih testov, ki so pogosto vključevali tudi preverjanje uporabe kanabisa (sledi je mogoče odkriti tja do trideset dni po zaužitju) in na podlagi katerih so bili zaporniki deležni teh prednosti.

V začetku omenjeni cilji programov pomoči ter krepitev zapornikovega samospoštovanja in avtonomije ne bi imeli nikakršnega smisla, če se zaporniki po izpustu ne bi imeli možnosti celovito vključevati v življenje zunaj zidov zavora. Zdi se, da nevladne organizacije igrajo pomembno vlogo pri spodbujanju razvoja in uvajanju sprememb v zapore ter pri povezovanju različnih nalog v zdravstvu in pravosodju.

## **POTREBNA JE ANALIZA SEDANJIH IN PRIHODNJIH INVENTIVNIH PROGRAMOV ZDRAVLJENJA**

V nekaterih državah le v majhni meri vrednotijo učinkovitost rezultatov zdravljenja in drugih ukrepov. Čeprav 'problem drog v zaporih' zaznavajo kot zelo pereč in veliko truda vložijo v zmanjšanje s tem povezanih tveganj za zdravje, pa ta prizadevanja komajda vrednotijo. Za evalvacijo niso vselej potrebne obsežne študije. Zdi se, da bi bilo treba ustanoviti specifične projektne skupine za izvajanje raziskav o razširjenosti uporabe drog, o ukrepih na področju drog, o potrebah po novih programih in o sodelovanju z zunanjimi organizacijami.

Da bi lahko bolje razumeli, zakaj nekaterim uporabnikom uspe ostati brez drog in drugim ne, je potrebnih še več raziskav. To so nekatere ključne teme:

- epidemiologija tveganj za zdravje v zaporniškem okolju (presečne in longitudinalne študije);
- identifikacija ključnih indikatorjev za sistem spremljanja;
- boljše razumevanje uporabe drog (vrsta drog, pogostnost, količine, načini uporabe);
- ocena dolgoročnih učinkov intervencij in posredovanje 'dobre prakse';
- učinki medsebojne pomoči in podpore med zaporniki;
- zdravljenje znotraj zavora in spremljanje intervencij: kaj deluje in zakaj;
- ugotavljanje ovir pri prenosu ukrepov zmanjševanja škode v okolje zavora;
- učinkovitost in ustreznost obravnave v zaporih in obravnave po prestani kazni.

---

## LITERATURA

- BOLLINI, P. (1997): "HIV/AIDS Prevention in Prisons. A Policy Study in Four European Countries", *Discussion paper prepared for the Joint WHO/UNAIDS European Seminar on HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases and Tuberculosis in Prisons*, Varšava, december 1997, str. 14–16.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network/Canadian AIDS Society 1996: "HIV/AIDS in Prisons", *Final Report*, Montréal, Québec.
- EMCDDA Annual report on the state of the drug problem in the European Union, 1998.
- VAN ALEM, Dr. V.C.M. et al. (1999): "Drug use in prison: Patterns of change in the Netherlands (a report for the Pompidou Group)", v: *Stichting Informatievoorziening Zorg*.
- TURNBULL, P.J.; MC SWEENEY, T. (2000): "Drug treatment in prison and aftercare: A literature review and results of a survey of European countries", v: *Council of Europe: Drug-misusing Offenders in Prison and After Release*, Strasbourg, str. 41–59.